

ПРОГРАММА ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ**Титульный лист заявления на получение финансовой помощи
Mass General Brigham**

Massachusetts General Hospital	Massachusetts General Physicians Organization
Brigham and Women's Hospital	Brigham and Women's Physicians Organization
Salem Hospital	North Shore Physicians Group
Newton-Wellesley Hospital	Newton-Wellesley Medical Group
Brigham and Women's Faulkner Hospital	Martha's Vineyard Hospital
Mass Eye and Ear	Mass Eye and Ear Associates
Nantucket Cottage Hospital	Nantucket Cottage Medical Group
Cooley-Dickinson Hospital	Cooley-Dickinson Medical Group
Spaulding Rehabilitation	McLean Hospital
Wentworth-Douglass Hospital	Wentworth Health Associates

Уважаемый заявитель:

Вы можете иметь право на получение финансовой помощи в рамках программы финансовой помощи Mass General Brigham, а также, возможно, от других организаций системы здравоохранения

Порядок подачи заявления

Чтобы определить, имеете ли вы или члены вашего домохозяйства право на получение помощи, необходимо заполнить заявление и предоставить подтверждение дохода, а также копии следующих документов:

Документы, которые необходимо приложить к вашему заявлению	Включено
1. Полная копия вашей последней федеральной налоговой декларации (форма 1040) со всеми необходимыми приложениями, включая форму(ы) W-2 за прошлый год ИЛИ, если вы не подаете налоговую декларацию, пожалуйста, ознакомьтесь с заявлением-подтверждением, представленным ниже ☐ Заявление-подтверждение Поставив галочку в этом поле, я подтверждаю и заявляю, что за последний налоговый год я не подавал федеральную или штатную налоговую декларацию. Я осознаю, что настоящее заявление предоставляется добровольно и соответствует действительности. Подпись _____ Дата подписания: _____	

ПРОГРАММА ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

2. Копии трех (3) последних последовательных расчетных листов по заработной плате независимо от расчетного периода либо справка от работодателя на официальном бланке компании	
3. В случае самозанятости необходимо предоставить отчет о прибылях и убытках за 12 месяцев (считая от текущего месяца); налоговая декларация за прошлый год не будет учитываться	
4. Если у вас отсутствует доход, ознакомьтесь с заявлением об отсутствии дохода и источниках поддержки, представленным ниже; данный документ необходим для обработки вашего заявления. Пожалуйста, запросите данную форму	
5. Копии трех (3) последних банковских выписок (например, по сберегательным и расчетным счетам, счетам денежного рынка, индивидуальным пенсионным счетам (IRA), 401K и т. д.). По всем счетам необходимо предоставить ВСЕ СТРАНИЦЫ (включая пустые страницы) <i>а. Если у вас отсутствуют банковские счета, вам будет предложено подписать форму заявления об отсутствии банковского счета, которая необходима для обработки вашего заявления. Пожалуйста, запросите данную форму</i>	
6. Копии документов о получении пособий по безработице или по инвалидности (с указанием даты начала выплат)	
7. Копии документов о получении пенсионных выплат	
8. Копия документов о доходах из системы социального обеспечения (годовые уведомления о выплатах, копия чека или подтверждение прямого зачисления средств)	
9. Копии уведомлений о государственной помощи, включая документы Департамента здравоохранения и социальных служб о программе Spend Down (снижение дохода за счет медицинских расходов), а также копию уведомления о назначении пособий по программе Food Stamp (продовольственной помощи). НЕОБХОДИМЫ ВСЕ СТРАНИЦЫ	
10. Копия документов о выплатах по компенсации работникам (с указанием даты получения травмы). Вы должны раскрыть все сведения о другом страховом покрытии, требованиях об ответственности перед третьими сторонами, страховке транспортных средств или страховании работников от несчастных случаев для рассмотрения.	
11. Копии соглашения об уплате алиментов, подтверждение произведенных выплат с указанием периодичности платежей или письмо, подтверждающее уплату и/или получение алиментов	
12. Если вы состоите в браке, но проживаете отдельно с супругом (супругой), необходимо предоставить копию судебного документа о юридическом раздельном проживании б. В случае, если раздельное проживание не было оформлено в судебном порядке, необходимо предоставить нотариально удостоверенные заявления о раздельном проживании и/или договоры аренды	
13. У вас имеется частная стоматологическая страховка? В случае положительного ответа вы не соответствуете критериям допуска к получению услуг общественного стоматологического центра Wentworth Health Partners (WHP). Вам следует обратиться в частную стоматологическую клинику. *Допустимы программы NH Medicaid, DentaQuest и MaineCare. Все пациенты обязаны оплатить сбор за визит в размере \$35 в момент оказания услуги. - Дополнительная плата взимается за изготовление протезов, частичных протезов и другие лабораторные услуги. *Жители штата Массачусетс не имеют права на получение стоматологических услуг	
14. Дополнительное квалификационное требование, специфичное для допуска к получению услуг общественного стоматологического центра WHP: проживание в основной зоне обслуживания, которая включает следующие населенные пункты: Barrington, Berwick, Dover, Durham, Lee, Madbury, Rollinsford, Somersworth и South Berwick ИЛИ наблюдение у PCP (лечащего врача/терапевта) WHP или у профильного специалиста.	

****МЫ МОЖЕМ СДЕЛАТЬ КОПИИ ЛЮБЫХ НЕОБХОДИМЫХ ДОКУМЕНТОВ ****

Документы заявителям НЕ возвращают; их сканируют и уничтожают безопасным способом.

ПРОГРАММА ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Пожалуйста, воспользуйтесь данным контрольным списком, чтобы убедиться, что нам предоставлена вся информация, необходимая для быстрого и корректного рассмотрения вашего заявления. В случае необходимости мы можем запросить дополнительную информацию, поэтому просим убедиться, что указанные вами контактные данные являются верными.

Обращаем ваше внимание, что большинство плановых процедур не подлежат рассмотрению для предоставления финансовой помощи, включая следующие услуги:

- косметическая хирургия;
- экстракорпоральное оплодотворение (IVF);
- современная репродуктивная терапия (ART);
- услуги обходного желудочного анастомоза, которые платательщик не признает медицинской необходимостью;
- клиенты, принимающие участие в научных исследованиях;
- предметы комфорта для пациентов, включая размещение премиум-класса и ночное размещение, которые предоставляются по запросу пациента и обычно не покрываются программой медицинского страхования;
- другие необязательные с медицинской точки зрения услуги, счета за которые выставляются по заранее установленному графику самостоятельной оплаты;
- все программы All-Inclusive без подачи требований страховых выплат в медицинскую страховую компанию в McLean Hospital.

Если вы не подадите заявку на государственную программу помощи, на которую вы потенциально имеете право, это может привести к задержке рассмотрения или к отклонению вашей заявки.

Если вам нужна помощь в подаче заявки на участие в государственных программах помощи, вы можете воспользоваться услугами финансовых консультантов Mass General Brigham

Предоставляемая вами информация является конфиденциальной.

Вы продолжаете нести финансовую ответственность за все полученные вами услуги до момента определения вашего права на получение финансовой помощи. Во избежание передачи задолженности в службу взыскания может быть оформлен план платежей через отдел обслуживания клиентов по телефону 617-726-3884.

Чтобы обеспечить быстрое рассмотрение вашей заявки, заполните все разделы, если не указано иное. Обработка заявки будет отложена, если вы не предоставите необходимую информацию или документы.

Если в течение 30 дней с момента возврата заявления вы не получите от нас ответа либо если вам понадобится помощь в его понимании, пожалуйста, свяжитесь с нашим отделом финансовой помощи, и один из наших представителей поможет вам.

[Для ознакомления с политикой финансовой помощи Mass General Brigham перейдите по ссылке: Финансовая помощь | Mass General Brigham](#)

Заявления могут быть направлены по почте, эл. почте или факсу:

Для пациентов Mass General Brigham:

Patient Billing Solutions

399 Revolution Drive, Suite 410

Somerville, Ma 02145-1462

Тел. 617-726-3884, факс 857-282-5642

Адрес эл. почты: PHSFinancialApplication@MGB.org

Для пациентов Wentworth-Douglass Hospital и Wentworth Health Partners:

Почтовый адрес: 789 Central Avenue, Dover, NH 03820

ПРОГРАММА ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Лично: 121 Broadway, Dover, NH 03820
Тел. 603-740-3234, факс 603-740-3366
Адрес эл. почты: Charity.Care@WDHospital.org

ЗАЯВКА НА ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ

Кто?

1. Сведения о пациенте:

Фамилия	Имя	Средний инициал отчества	Номер социального страхования	Дата рождения
Адрес проживания	Город	Штат	Индекс	Срок проживания по данному адресу
Почтовый адрес	Город	Штат	Индекс	Срок проживания по данному адресу
Телефон	Адрес электронной почты	Отметьте подходящий вариант:	☐ Холост(а) ☐ Проживаю отдельно ☐ Гражданин (гражданка) США	☐ Состою в браке ☐ Разведен(а) ☐ Резидент штата Нью-Хэмпшир
			☐ Гражданский союз ☐ Вдовец (вдова)	

2. Лицо, ответственное за оплату счета

Фамилия	Имя	Средний инициал отчества	Степень родства с пациентом	Номер социального страхования
Адрес, если отличается от адреса пациента		Телефон		Адрес электронной почты
Название страховой компании (указанной в налоговой декларации за предыдущий год)			Дата начала действия страховки	

**3. Пожалуйста, укажите ВСЕХ лиц, проживающих в домохозяйстве,
включая заявителя:**При необходимости используйте
дополнительный лист бумаги.

ИМЯ	СТЕПЕНЬ РОДСТВА С ПАЦИЕНТОМ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	НОМЕР СОЦ. СТРАХОВАНИЯ	ИМЯ ВРАЧА
1.	САМ ЗАЯВИТЕЛЬ			
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

4. Относится ли данное заявление к стоматологическим услугам? ☐ Да ☐ Нет**5.** Заполните, если у кого-либо из членов вашего домохозяйства имеется страховка:Медицинская страховка (план / название) _____, Медицинский сберегательный счет (чек) - ☐ Да ☐ Нет Кто: _____

Номер полиса / идентификационный номер _____ Сумма личного участия: _____

Medicare, часть А _____, Medicare, часть В _____ Получает помощь в оплате Medicare, часть В _____ Кто: _____

6. Подавало ли какое-либо лицо из вашего домохозяйства заявление на участие в программе Medicaid?☐ Да ☐ Нет

ПРОГРАММА ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Кто: _____

копию уведомления об отказе в предоставлении Medicaid.

В случае ответа «Да» и получения отказа, пожалуйста, приложите

7. Вы подавали заявление на получение финансовой помощи в другое медицинское учреждение?

☐ Да ☐ Нет

Если да, укажите учреждение _____

8. Беременна ли кто-либо из членов вашего домохозяйства?

☐ Да ☐ Нет

9. Проходил ли кто-либо из членов вашего домохозяйства военную службу?

☐ Да ☐ Нет Кто? _____

10. Подавало ли вы недавно заявление о компенсации в связи с производственной травмой или дорожно-транспортным происшествием?

☐ Да ☐ Нет Дата: _____

11. Имеет ли кто-либо из членов вашего домохозяйства право на получение пособий по социальному обеспечению?

☐ Да ☐ Нет Кто? _____

12. Указывает ли вас кто-либо другой в своей налоговой декларации в качестве иждивенца?

☐ Да ☐ Нет Кто? _____

ПРОГРАММА ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

13. СВЕДЕНИЯ О ДОМОХОЗЯЙСТВЕ	ЛИЦО 1 (Пациент)	ЛИЦО 2 (Супруг(а)/иждивенец)	ЛИЦО 3 (Иждивенец)
ИМЯ каждого члена домохозяйства:			
Компания-работодатель:			
Ежемесячный доход из следующих источников:			
Трудовая деятельность:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Самозанятость:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Инвестиционные счета:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Доход от аренды недвижимости:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Пособие по безработице с _____ (дата)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Пенсионные выплаты (социальное обеспечение, пенсия, аннуитет):	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Алименты/содержание ребенка:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Государственная помощь, продовольственные пособия:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Прочий доход:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Сбережения и инвестиции:			
Остатки на расчетных счетах:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Остатки на сберегательных и депозитных счетах (CD):	\$ _____	\$ _____	\$ _____
IRA, 403B, 401K:			
Укажите: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Прочие сбережения и инвестиции:			
Укажите: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Прочее:			
Автомобиль:	год выпуска, марка, модель? _____		
Рекреационное транспортное средство:	год выпуска, марка, модель? _____		
14. РАСХОДЫ ДОМОХОЗЯЙСТВА			
Ежемесячная арендная плата: \$ _____	или Ежемесячный ипотечный платеж: \$ _____	Остаток по ипотечному кредиту: \$ _____	
Сумма налога на недвижимость, не включенная в указанный выше платеж: \$ _____	Рыночная стоимость жилья: \$ _____		
Владеете ли вы недвижимостью, помимо основного места проживания? ☐ Да ☐ Нет	Если да, стоимость? \$ _____	Остаток по ипотеке: \$ _____	
Если иная недвижимость используется в коммерческих целях, укажите адрес: _____			
Ежемесячный платеж по кредиту: \$ _____	Кому выплачивается: _____	Назначение платежа: _____	
Удержание взносов Medicare, часть D из выплаты по социальному обеспечению? : ☐ Да ☐ Нет	Сумма: \$ _____		
Коммунальные услуги \$ _____	Страховка (автомобиля/жизни/имущества) \$ _____	Прочее: _____ \$ _____	
Алименты/содержание ребенка \$ _____	Медицинская страховка \$ _____	Прочее: _____ \$ _____	
Уход за детьми \$ _____	Медицинские счета \$ _____	Прочее: _____ \$ _____	
Расходы на проживание (топливо, питание, одежда) \$ _____	Лекарства \$ _____	Прочее: _____ \$ _____	

ПРОГРАММА ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

15. ПЕРЕДАЧА ПРАВ - прочтите внимательно

В случае если я не полностью предоставил или представил недостоверную информацию о доходах или активах, любое соглашение о предоставлении благотворительной скидки на медицинское обслуживание считается недействительным и утрачивает силу задним числом, начиная с даты возникновения задолженности по счетам.

Все совершеннолетние члены домохозяйства, подписавшие данный документ ниже, дают согласие на раскрытие любой медицинской, финансовой или трудовой информации, непосредственно относящейся к их медицинскому обслуживанию либо к праву на получение финансовой помощи. Данная информация может быть передана любым поставщикам медицинских услуг, к которым члены домохозяйства обращались за медицинской помощью или финансовой поддержкой. Вся предоставленная информация будет оставаться конфиденциальной в соответствии с федеральными требованиями HIPAA. Плановые медицинские процедуры могут не учитываться при рассмотрении вопроса о предоставлении финансовой помощи.

Я соглашаюсь возместить полную сумму предоставленной финансовой помощи в случае получения мной каких-либо выплат за медицинские услуги, указанные в настоящем заявлении, включая страховые выплаты, выплаты по государственным программам, компенсации по судебным искам либо любые иные поступления денежных средств.

В случае получения финансовой помощи я обязуюсь уведомить организацию, в которую первоначально было подано заявление, о любых изменениях, которые могут повлиять на право на получение финансовой помощи, включая изменения состава семьи, уровня доходов и наличия медицинской страховки. Я понимаю, что в случае изменения моего/нашего медицинского положения таким образом, что я/мы можем иметь право на участие в государственной программе помощи, мне/нам необходимо подать заявление на участие в такой программе и предоставить подтверждение подачи заявления.

Подпись заявителя

Дата

Подпись созаявителя

Дата

Подпись иждивенца

Дата